

**Stellungnahme des Einzelsachverständigen  
Prof. Dr. med. Rainer Thomasius**

**für den Sozialausschuss im Schleswig-Holsteinischen Landtag**  
Vorsitzender Peter Eichstädt

zu a)

**Drogenpolitik muss Präventionspolitik bleiben**

Antrag der Fraktion der FDP-Drucksache 18/157

**Drogenpolitik braucht Prävention und Innovation**

Änderungsantrag der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, PIRATEN und der Abgeordneten des SSW - Drucksache 18/216 (neu) – selbständig –

zu b)

**konsequente Anti-Drogenpolitik und Suchtprävention fortsetzen**

Antrag der Fraktion der CDU-Drucksache 18/179

**Zum Auftrag der Stellungnahme**

Unter Vorsitz von Peter Eichstädt berät der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags derzeit die oben genannten Anträge. Dazu holt er Expertenstellungnahmen ein und bewertet diese. Gemäß Drs. 18/216 (neu) sollen dabei auch nachstehende Maßnahmen Berücksichtigung finden:

1. Verstetigung und Fortentwicklung effektiver Suchtpräventionsangebote für legale und illegale Drogen sowie die Umsetzung eines konsequenten Jugendschutzes.
2. Bundesweite Vereinheitlichung des Grenzwertes und der Strafverfolgung bzw. des Absehens von Strafverfolgung bei Cannabisprodukten in der „Richtlinie zur Umsetzung des § 31a BtMG“.
3. Möglichkeiten und Effekte einer modellhaften Erprobung von so genannten „Drug-checking - Angeboten“ mit wissenschaftlicher Begleitung an einem Standort in Schleswig-Holstein.
4. Prüfung der notwendigen rechtlichen Änderungen zur Ermöglichung der Einrichtung von Drogenkonsumräumen durch die Kommunen sowie die dafür gegebene Bedarfslage.

Der Verfasser bedankt sich für die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Die Stellungnahme wurde gemeinsam mit Dr. Nicolas Arnaud, wissenschaftlicher Mitarbeiter im DZSKJ verfasst. Die Gliederung der Stellungnahme erfolgt entlang der oben genannten Maßnahmen.

**Zur Person des Einzelsachverständigen**

Der Verfasser ist Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Bereichs Suchtstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE). Er ist Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugend-psychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und Redakteur der Fachzeitschrift SUCHT (Bern, Hogrefe). Er beschäftigt sich seit mehr als 25 Jahren mit verschiedenen Aspekten der Suchtforschung. Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Cannabisforschung (Auswirkungs-, Komorbiditäts-, Evaluationsforschung) und die Präventionsforschung.

## **1. Verstetigung und Fortentwicklung effektiver Suchtpräventionsangebote für legale und illegale Drogen sowie die Umsetzung eines konsequenten Jugendschutzes**

### **Verbreitung und Relevanz**

25% bis 30% der jungen Menschen unter 25 Jahren gelten nach Schätzung des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel (FDR) als suchtgefährdet, weil sie entweder bereits als Ungeborene durch Alkohol, Nikotin oder andere Drogen beeinträchtigt wurden, in suchtbelasteten Familien aufwachsen oder selbst zu früh und zu viel konsumieren. Das bedeutet, dass etwa 5 Millionen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland eine Suchtgefährdung aufweisen. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sind die größte bekannte Risikogruppe für spätere Suchtstörungen – Schätzungen gehen von knapp 2,7 Millionen Betroffenen unter 18 Jahren aus. Aktuelle Daten zum tatsächlichen Substanzmissbrauch sind besorgniserregend: Etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum beginnt bereits vor dem 14. Lebensjahr mit dem Missbrauch psychotroper Substanzen. Jeder sechste bis siebente Jugendliche konsumiert aktuell Alkohol oder Drogen, und ein Fünftel aller Jugendlichen raucht regelmäßig. Hinsichtlich der Konsumhäufigkeit und -intensität von Tabak, Alkohol und Cannabis bei 15-jährigen Schülern schneidet Deutschland im internationalen Vergleich besonders schlecht ab. Beim regelmäßigen Alkoholkonsum unter Schülern belegt Deutschland einen der vordersten fünf Plätze. In keinem anderen EU-Land rauchten noch vor kurzem so viele 15-Jährige regelmäßig wie in Deutschland.

Neben dem persönlichen Leid der direkt und indirekt Betroffenen sind die ökonomischen Folgekosten für später notwendig werdende Maßnahmen immens. Die Kosten der suchtbedingten Erkrankungen werden für Industrieländer bei den 15- bis 29-Jährigen auf etwa 25% aller entstehenden Krankheitskosten in dieser Altersgruppe geschätzt. Die Auswirkungen der Suchtstörungen auf Körper, Seele und soziales Umfeld sind gravierend. Seelische und körperliche Entwicklungen sowie soziale Fähigkeiten werden durch den Substanzmissbrauch nachhaltig beeinträchtigt. Eine erfüllte Teilhabe am Leben wird verhindert, die Gesellschaft wichtiger Ressourcen beraubt. Substanzbezogene Todesfälle machen in den Industrieländern etwa 30% aller Todesfälle in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen aus (vgl. Thomasius et al., 2009).

### **Selektive und indizierte Prävention**

In Deutschland greifen bei der Prävention und Intervention für Kinder und Jugendlicher mit Suchtgefährdung und substanzbezogenen Störungen üblicherweise verschiedene Maßnahmen der Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe, Schülerhilfe, Straffälligenhilfe, Polizei und Selbsthilfe mit den Angeboten der medizinischen Versorgung ineinander. Ferner übernehmen bei der Früherkennung und Beratung bzw. Betreuung von suchtgefährdeten und süchtigen Kindern und Jugendlichen die Einrichtungen der ambulanten und stationären Erziehungshilfe (nach SGB VIII) bestimmte Aufgaben. Auch sind damit die Einrichtungen der Jugendhilfe, spezifische Angebote der Jugendhilfe im Rahmen allgemeiner pädagogischer Arbeit, die Schülerhilfen und viele andere niedrigschwellig operierende Projekte in Städten, Ländern und Kommunen befasst.

Neben einer häufig beklagten Schnittstellenproblematik an den Übergangsbereichen von behördlicher oder institutioneller Zuständigkeit (Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, medizinische Versorgung) trifft man auch innerhalb einzelner Versorgungssysteme auf unzureichende Vernetzung, so dass mögliche Synergien ungenutzt bleiben.

Es ist notwendig, dass die Fachkräfte aus den genannten Bereichen und Berufsgruppen Suchtgefährdungen rechtzeitig erkennen und mit anerkannten und bewährten Strategien und Methoden der Prävention und Intervention begegnen.

Vor allem für die Zielgruppe gefährdeter Kinder und Jugendlicher muss das Zusammenwirken aller an der Entwicklung der Kinder Beteiligten gelingen. Eltern müssen in ihren Erziehungsaufgaben unterstützt werden. Es muss das vorrangige Ziel aller präventiven Bemühungen sein, langwierige Suchtkarrieren mit den sich daraus ergebenden kostenintensiven Behandlungen so früh wie möglich abzuwenden.

Hamburg hat mit dem Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ (Drs. 18/3422) zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen 7 Jahren einen Schritt in die richtige Richtung getan. Das Konzept sieht eine Reihe von Maßnahmen vornehmlich im Bereich der selektiven und indizierten Suchtprävention für die Zielgruppe der gefährdeten Kinder und Jugendlichen vor. Maßnahmen, die sich direkt an gefährdete junge Menschen wenden als auch solche, die sich an suchtkranke Eltern richten, deren Kinder einem besonderen Suchtrisiko ausgesetzt sind, ergänzen sich sinnvoll. Hier ist an erster Stelle der Aufbau regional zugeschnittener Suchtberatungsangebote für Jugendliche zu nennen. Durch sie und generell durch Suchtprävention und Suchthilfe sollten verstärkt Risikogruppen angesprochen werden, insbesondere erst auffällige Konsumentinnen und Konsumenten, Betroffene im Jugendstrafvollzug, Migrantinnen und Migranten etc. Die Inanspruchnahme von Frühinterventionen sollte auch über die Jugendhilfe und die Schule initiiert werden. In der jugendtypischen Ausgehscene sollten präventive Angebote ausgeweitet werden. Weiters sieht das Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ mit den drei landesweit operierenden Fachstellen (Büro für Suchtprävention der HLS, Suchtpräventionszentrum am LI und Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters im UKE) vielfältige Qualifikationsaufgaben für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in all jenen Bereichen und Strukturen vor, die für die Suchtprävention von Relevanz sind.

Das im vergangenen Jahr (2012) von der *Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich* (FOGS) vorgelegte externe Evaluationsgutachten „Suchtprävention in Hamburg: Analyse der (neuen) Strukturen und ihre Umsetzung“ belegt, dass viele Ziele des Senatskonzepts erreicht wurden. Die Ergebnisse der regelmäßigen Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln (SCHULBUS) sind weitere Indikatoren für den Erfolg der suchtpreventiven Anstrengungen: Die 14- bis 18-Jährigen greifen in Hamburg inzwischen seltener und erst im höheren Lebensalter zu Alkohol und Zigaretten. Der Konsum illegaler Drogen ging in den letzten Jahren deutlich zurück und das Einstiegsalter in den Erstkonsum illegaler Drogen stieg an, was zu einer rückläufigen Quote erstkonsumierender 14-jähriger und 15-jähriger Schüler führte.

In Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2012 mehrere wissenschaftliche Symposien und Fachveranstaltungen zur Suchtprävention durchgeführt.<sup>1</sup> Das Ziel dieser Veranstaltungen bestand darin, die Wirksamkeit unterschiedlicher Ansätze von Suchtprävention zu beleuchten und vor diesem Hintergrund zu analysieren, wie die regional zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sinnvoll einzusetzen und zu koordinieren sind. Mit Hilfe von Vorträgen ausgewiesener Referentinnen und Referenten aus anderen Bundesländern wurden Anregungen und Antworten auf diese Fragen gefunden. Dieser Prozess macht deutlich, dass sich einzelne Städte und Kommunen intensiv mit Fragen der Suchtprävention in Schleswig-Holstein auseinandergesetzt haben und weiter auseinandersetzen werden. Aus Sicht des Verfassers sollte jetzt die Verstetigung und Fortentwicklung aller Aktivitäten der Suchtprävention für legale und illegale Drogen sowie die Umsetzung eines konsequenten

---

<sup>1</sup> z.B. Lübecker Koordination für Suchtfragen e. V.: Suchtprävention – Was hilft wirklich und was sollte Lübeck beitragen? Campus Lübeck, Kesselhaus am 16. Mai 2012; Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein: Abhängiges Verhalten und Sucht, Bad Segeberg am 16. Juni 2012.; Alkohol- und Drogenberatung im Kreis Herzogtum-Lauenburg: Fachtag...mal nüchtern betrachtet, Mölln am 19. September 2012; Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.: Moderne Alkoholprävention auf dem Prüfstand, Kronshagen am 21. Januar 2013

Jugendschutzes auch von Seiten des Schleswig-Holsteinischen Landtages unterstützt werden. Aus Sicht des Verfassers wäre ein „Landeskonzept Suchtprävention“ hilfreich, in dem neben einer Bestandsaufnahme zur Suchtprävention in Schleswig-Holstein ein Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen erstellt wird, unter Berücksichtigung verbindlicher und abgestimmter Steuerungsinstrumente, Aufgaben, Zuordnungen, Öffentlichkeitsarbeit, Fachöffentlichkeit und Angehörigenarbeit, Stärkung der selektiven und indizierten Suchtprävention, Optimierung der Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe, Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten für suchtkranke Kinder und Jugendliche, Maßnahmen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes sowie polizeilicher Maßnahmen.

#### **Fazit:**

**Dem Vorhaben, effektive Suchtpräventionsangebote im Bereich legale und illegale Drogen zu verstetigen und fortzuentwickeln sowie die Umsetzung eines konsequenten Jugendschutzes zu stärken ist voll umfänglich zuzustimmen.** Der Verfasser ist auch zukünftig gerne bereit, entsprechende Initiativen in Schleswig-Holstein zu unterstützen, wie dies bereits in der Vergangenheit im Rahmen von Expertengesprächen, Referaten auf Fachtagungen usw. geschah.

## **2. Bundesweite Vereinheitlichung des Grenzwertes und der Strafverfolgung bzw. des Absehens von Strafverfolgung bei Cannabisprodukten in der „Richtlinie zur Umsetzung des § 31a BtMG“**

### **Hintergrund**

Schleswig-Holstein hat am 25.07.2006 eine allgemeine Verfügung des Ministeriums für Justiz, Arbeit und Europa (Abl. 679) erlassen, die folgendes regelt (zitiert nach Körner, Patzak, Volkmer, 2012, S. 1046f):

- Die StA sieht in der Regel – auch in Wiederholungsfällen – von der Verfolgung ab, wenn sich Anbau, Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Erwerb, Verschaffen in sonstiger Weise oder Besitz lediglich auf Cannabisprodukte (außer Haschisch) von nicht mehr als 6 g (Bruttogewicht) (...) beziehen. (vorherige Regelung: 30 g Cannabis, Amtsbl. Schl.–H. 1993, 675).
- Die bestehenden Grundsätze gelten nicht, wenn, obschon lediglich eine Bruttomenge von bis zu 6 g Cannabis (vorherige Regelung: 30 g) (...) betroffen ist, zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die angetroffene Menge nicht dem Eigenkonsum dienen soll oder aber der Umgang mit den Betäubungsmitteln eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen (...) besorgen lässt.
- Das wiederholte Antreffen mit unerlaubten Betäubungsmitteln kann ein Anhaltspunkt für fremdgefährdendes Verhalten sein.
- Für Jugendliche und Heranwachsende gelten die Richtlinien zur Förderung der Diversionen bei jugendlichen und heranwachsenden Beschuldigten (Gemeinsamer Erlass des Ministeriums für Justiz-, Bundes- und Europaangelegenheiten, des Innenministeriums und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Wohnungs- und Städtebau vom 24.06.1998 (Amtsbl. Schl.–H., 389)). Danach hat bei Vorliegen der Voraussetzung des § 31 a BtMG diese Vorschrift Vorrang vor § 45 JGG; im Übrigen bleiben jedoch die weitergehenden Einstellungsmöglichkeiten nach § 45 JGG unberührt.
- Die vorstehenden Grundsätze gelten auch für Konsumverhaltensweisen von Gefangenen im Strafvollzug.

In den vergangenen Jahren haben alle Bundesländer mit Ausnahme von Berlin und Nordrhein-Westfalen die Einstellungsgrenze bei Cannabis auf 6 g festgelegt. Die zuvor erheblichen Unterschiede in den Grenzwerten zu § 31 a BtMG bei Cannabis wurden nach

und nach beseitigt. Nur noch in Berlin gibt es das sogenannte Untergrenzenmodell, bei dem bis 10 g Cannabis eingestellt werden muss, während bei bis zu 15 g Cannabis eingestellt werden kann (Obergrenze). Zuletzt hat Nordrhein-Westfalen die geringe Menge bei Cannabis im Mai 2011 von 6 g auf 10 g heraufgesetzt. Die aktuellen Einstellungsgrenzen und deren Veränderungen der letzten Jahre sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen (entnommen dem Kommentar zum BtMG, Körner, Patzak, Volkmer, 2012).

	<b>Einstellung möglich bis</b>	<b>Zuletzt geändert am</b>	<b>Vorheriger Wert</b>
<b>Baden- Württemberg</b>	6g		
<b>Bayern</b>	6g		
<b>Berlin</b>	10g/15g	19.05.2005	6g/15g
<b>Brandenburg</b>	6g		
<b>Bremen</b>	6g	26.05.2008	8g
<b>Hamburg</b>	6g	28.11.2006	10g
<b>Hessen</b>	6g	06.05.2008	6g/15g
<b>Mecklenburg- Vorpommern</b>	6g		
<b>Niedersachsen</b>	6g	01.04.2007	6g/15g
<b>Nordrhein- Westfalen</b>	10g	18.05.2011	6g
<b>Rheinland-Pfalz</b>	6g	01.08.2007	10g
<b>Saarland</b>	6g	25.09.2007	6g/10g
<b>Sachsen</b>	6g		
<b>Sachsen-Anhalt</b>	6g		
<b>Schleswig-Holstein</b>	6g	25.07.2006	30g
<b>Thüringen</b>	6g		

In der aktuellen Befragung der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) von Fachleuten halten 70% die Beibehaltung der Einstellungsgrenze von 6 g in Schleswig-Holstein für sinnvoll und 88% der Befragten sind gegen eine Erhöhung der Grenze: „Als negative Effekte werden Verharmlosung von Cannabis, Anstieg des Konsums und die Kontraproduktivität zu präventiven Bemühungen genannt. Lediglich 12% erwarten positive Effekte und benennen hierbei die Entkriminalisierung und die Entlastung der Justiz“.

In der Begründung zu ihrer ablehnenden Haltung gegenüber einer Erhöhung der Einstellungsgrenze in Schleswig-Holstein weist die LSSH vor allem auf die zunehmenden THC-Gehalte in Cannabisprodukten, zunehmende Evidenz für Gesundheitsschäden durch Cannabisgebrauch sowie die Erfahrungen in der Prävention hin, dass mit einer Erhöhung der Einstellungsgrenze in weiteren Teilen der Bevölkerung der „Eindruck von Legalität“ des Cannabisgebrauchs entstehen könnte. Mehrfach hätten die Fachleute der Suchthilfe und Suchtprävention in Schleswig-Holstein in der Befragung darauf hingewiesen, dass Eltern und Jugendlichen der gesetzliche Status von Cannabis sowie die psychischen und physischen Folgen des Cannabisgebrauchs oft unbekannt seien.

### **Verbreitung von Cannabisgebrauch**

Für die aktuellen Prävalenzwerte des Cannabiskonsums liegen Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie des Epidemiologischen Suchtsurveys für die erwachsene Bevölkerung (18–64 Jahre) vor. Demnach weisen 9.6% der Kinder und Jugendlichen und ein Viertel der Erwachsenen (25.6%) Konsumerfahrung mit Cannabis auf,

6.6% der Kinder und Jugendlichen und 4.8% der Erwachsenen berichten über Konsum in den vergangenen zwölf Monaten vor der Erhebung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2010, S.38). Für die Männer wurde eine doppelt so hohe Prävalenz wie für die Frauen festgestellt (6,4% vs. 3,1%, Odds Ratio = 2.2, KI = 1.8 – 2.7) (Pfeiffer-Gerschel et al., 2010, S.39). Ebenso ist die Konsumprävalenz unter den jungen Erwachsenen um ein Vielfaches höher als in den älteren Teilstichproben.

Die Prävalenzangaben für regelmäßigen Konsum sind erwartungsgemäß deutlich geringer und folgen ebenfalls einem rückläufigen Trend. Nach Angaben der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2010 ist regelmäßiger Cannabiskonsum in der Altersgruppe 12–17 Jahre bei 0.6% (Jungen 1.0%, Mädchen 0.6%) nachweisbar (BZgA, 2011, S.12). Unter den jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren weisen 3.2% (Männer 5.0%, Frauen 3.2%) regelmäßigen Konsum auf<sup>2 3</sup>.

Die Gruppe der Klienten mit primären Cannabisproblemen steht aktuell (Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) aus dem Jahr 2010) bei allen ambulanten Betreuungen im Bereich „illegale Drogen“ mit einem Anteil von 35,6% auf Platz 2 nach den Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben (46,3%). Bei Personen, die sich erstmalig in suchtspezifische Beratung oder Behandlung begeben, steht Cannabis als Substanz prominent an erster Stelle (59,8%; 2009: 61,0%) aller Klienten, deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (17,7%; 2009: 18,3%). Fast jeder fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik weist zusätzlich einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (19,1%) bzw. mehr als jeder zehnte Klient einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain (10,1%). Etwa ein Viertel dieser Klienten erfüllen zudem die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011, S. 116ff).

In den vergangenen 10 Jahren hat sich der Anteil der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik in ambulanter Betreuung (DSHS, 2010) von 2000 (6,3%) bis 2009 (13,5%) deutlich vergrößert. Fast zwei Drittel dieser Klienten sind alleinstehend und fast ein Sechstel hat die Schule ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss beendet. Die Arbeitslosigkeit hat unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis zwischen 2000 (18,1%) und 2007 (42,0%) extrem stark zugenommen und ist seither nahezu unverändert (2009: 43,6%). (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011, S. 126).

### **Organmedizinisches Gefährdungspotenzial**

Die Evidenz dafür, dass das Rauchen von Cannabis das Risiko hinsichtlich *Atemwegserkrankungen* und *Krebs des Respirationstraktes* erhöht, ist seit 1996 deutlich angestiegen<sup>4</sup>. Ein erhöhtes *Herzinfarktrisiko* von insbesondere kardiovaskulär vorgeschädigten Personen ist für die erste Stunde nach Cannabiskonsum festzuhalten und eine Folge der erhöhten Beanspruchung des Herz-Kreislaufsystems durch THC. Eine

---

<sup>2</sup> Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Studie „regelmäßigen Konsum“ als mindestens zehn Konsumgelegenheiten innerhalb der vergangenen zwölf Monate operationalisiert, so dass ein Rückschluss auf die Prävalenz von Cannabis-bezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit nicht möglich ist.

<sup>3</sup> Es liegen nur wenige Daten zur genauen Differenzierung der Cannabis-bezogenen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor. Daten der Studie „Early Developmental Stages of Psychopathology“ (EDSP, 1995) aus dem Münchner Großraum weisen auf eine Lebenszeitprävalenz von 0,6% bei den 14- bis 15-Jährigen und 0,9% bei den 16- bis 17-Jährigen für die Diagnose einer „Abhängigkeit“ hin sowie eine Lebenszeitprävalenz von 1,1% bzw. 2,5% für die Diagnose „Missbrauch“ (Niethammer, 2004). In einer Auswertung der EDSP-Daten nach Follow-up von 42 Monaten fanden von Sydow und Mitarbeiter bei den zu Beginn der Untersuchung 14- bis 24-Jährigen (im Follow-up 17- bis 28-Jährige) eine kumulative Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum von 47%. Für Missbrauch und Abhängigkeit ergaben sich Werte von 5,5% beziehungsweise 2,2% (von Sydow et al., 2001).

<sup>4</sup> 46 Studien zu organmedizinischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum erfüllten die Einschlusskriterien des Systematischen Reviews von Petersen und Thomasius (2007).

schottische Studie fand in Stuhlproben bei mehr als jedem zehnten Neugeborenen THC-Metabolite, so dass die Risiken des *Cannabiskonsums in der Schwangerschaft* erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen. Es bestehen Anhaltspunkte für einen möglichen Zusammenhang zwischen THC-Exposition und altersgerechter Entwicklung der *Exekutivfunktionen des Kindes* vom Beginn des 3. Lebensjahres an. Hier scheinen vor allem visuoperzeptive Funktionen von einer Entwicklungsverzögerung betroffen zu sein, die sich auf Aufmerksamkeitsleistungen, Impulskontrolle und komplexe Problemlöseanforderungen ungünstig auswirken können (vgl. Petersen und Thomasius, 2007).

In experimentellen, placebo-kontrollierten Studien zeigen sich bei akuter Cannabisintoxikation dosisabhängige *Einbußen in Gedächtnisleistungen, Aufmerksamkeitsfähigkeiten, Reaktionszeiten, Impulskontrolle, Motorik und Fahrleistungen* (vgl. Petersen und Thomasius, 2007<sup>5</sup>, Ramaekers et al. 2009). In der aktuellen internationalen Literatur werden darüber hinaus den Rausch überdauernde mittel- und langfristige Auswirkungen regelmäßigen Cannabiskonsums auf neurokognitive Funktionen beschrieben, die sich erst nach mehrwöchiger Abstinenz darstellen. Hier sind insbesondere die *exekutiven Funktionen* und das *verbale Gedächtnis* betroffen (Shrivastava et al., 2011). Im Bereich der exekutiven Funktionen sind Defizite in Planungsfähigkeiten und Problemlösestrategien sowie der Konzeptbildung relevant (Crean et al., 2011). Stabile Befunde zu den Langzeitfolgen von Cannabisgebrauch findet man bei den verbalen Lern- und Gedächtnisfähigkeiten, deren Ausprägung in Abhängigkeit von der Schwere des Konsums variiert (Intensität, Frequenz und Dauer des Gebrauchs, Einstiegsalter in den Gebrauch) (vgl. Metaanalyse bei Grant et al., 2003 sowie Review bei Solowji & Battisti, 2008). In einer jüngst publizierten Untersuchung einer Geburtenkohorte aus Neuseeland wiesen Cannabiskonsumern, die bereits im Jugendalter regelmäßige Cannabis-Gebrauchsmuster zeigten und den Cannabisgebrauch im Erwachsenenalter fortsetzten, im Alter von 36 Jahren einen Rückgang des Intelligenzquotienten um sechs IQ-Punkte auf (Meier et al., 2012). Die Studienergebnisse stützen die Neurotoxizitäts-Hypothese bezüglich eines pubertären oder adoleszenten Cannabismissbrauchs. Auf das empfindliche, im Entwicklungsprozess befindliche ZNS wirken exogene Cannabinoide pathogen auf Myelinisierung, synaptisches Sprouting, dendritische Plastizität und Ausreifung des Endocannabinoidsystems mit der Folge *struktureller und funktioneller Hirnveränderungen* ein.

### **Toleranz-/Abhängigkeitsentwicklung**

Epidemiologische und klinische Studien zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Cannabiskonsumern die Kriterien für so genannten schädlichen Cannabisgebrauch bzw. für eine Cannabisabhängigkeit erfüllen. Nach Ergebnissen der bundesweiten Repräsentativstudie (Kraus et al., 2005) weist etwa jede zehnte erwachsene aktuelle Cannabiskonsumern (9,7%) und fast jeder fünfte erwachsene aktuelle Konsument (18,7%) eine Abhängigkeit von Cannabis auf. Für die Altersgruppe zwischen 14 und 24 Jahren liegt zur Frage des Ausmaßes von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit eine Untersuchung aus dem Münchener Einzugsbereich vor (EDSP-Studie). Bei 8–9% der jungen Cannabiskonsumern wurde eine Diagnose „Schädlicher Cannabisgebrauch“ gestellt, bei weiteren 4–7% die Diagnose „Cannabisabhängigkeit“ (Perkonigg et al., 1999). In der Zeit von 1997–2001 haben sich diese Diagnosen nahezu verdoppelt (von 4,1% auf 7,7%; Sydow et al., 2002, für 12- bis 24-Jährige).

*Schädlicher Cannabisgebrauch* wird gemäß klinisch-diagnostischer Leitlinien der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) (Dilling et al., 2000), Kapitel V, diagnostiziert und unter der Ziffer *ICD-10: F12.1* verschlüsselt, wenn trotz Gesundheitsschäden (psychisch oder somatisch) infolge des Konsums weiter konsumiert wird. Im Fall einer *Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.25)* wird chronischer und täglicher

---

<sup>5</sup> Für den Bereich der neurokognitiven Auswirkungen des Cannabiskonsums wurden insgesamt 95 Studien inkludiert.

Konsum häufig gefunden, dies ist jedoch keine notwendige Bedingung. Andere Diagnosekriterien werden von Cannabisabhängigen mit folgender Häufigkeit erfüllt (Perkonig et al., 1999): Entzugssymptome (46%), Toleranz (63%), soziale und berufliche Auswirkungen (55%), Konsum trotz bekannter Schädigung (82%), hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Gebrauch (73%). Ein *Cannabisentzugssyndrom (ICD-10: F12.30)* kann 7 Tage und länger anhalten und ist nicht so schwer ausgeprägt wie bei Alkohol- bzw. Opiatabhängigkeit: Suchtverlangen (Craving), Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen, Irritabilität, Aggressivität, innere Unruhe, Angst, Dysphorie, selten Hyperalgesie (v.a. Kopf-, Bauch- und Muskelschmerzen) (Budney et al., 1999, Smith, 2002, Vandrey et al., 2005). In der oben erwähnten bayerischen Untersuchung hatten 46% der Probanden mit einer Diagnose „Cannabisabhängigkeit“ über Entzugssymptome berichtet und weitere 10% beim „Schädlichen Gebrauch“. Vor dem Hintergrund der zitierten klinischen und epidemiologischen Studien und unter Würdigung klinischer Erfahrung muss geschlossen werden, dass Cannabiskonsum nicht nur zu einer psychischen Abhängigkeit führen kann, sondern ein erheblicher Teil der Cannabiskonsumenden mit problematischen Konsummustern eine körperliche Abhängigkeit von der Substanz entwickelt.

Die Ausbildung von Abhängigkeit und Entzugssymptomatik durch Cannabisgebrauch wird auch durch experimentelle Studien gestützt. Beispielsweise führt die Behandlung mit einem CB<sub>1</sub>-Antagonisten durch rasche Blockade des cannabinoiden Systems zu Entzugssymptomen (Chaperon und Thiebot, 1999). Darüber hinaus lässt sich bei Auftreten von Entzugserscheinungen eine erhöhte Ausschüttung des Corticotropin-Releasing-Hormons (CRH) nachweisen (Rodriguez de Fonseca et al., 1997). Bei Entzugssyndromen von Substanzen, die bekanntermaßen zu körperlicher Abhängigkeit führen (Alkohol, Kokain, Opiate), wurden identische Befunde erhoben.

### **Psychisches Gefährdungspotenzial und sozialschädliche Auswirkungen**

Cannabiskonsum erhöht das Risiko *depressiver Störungen* – und da dieser Zusammenhang nicht durch einen häufigeren Cannabiskonsum der an einer Depression Erkrankten erklärbar ist, entstehen durch Cannabiskonsum Verschlechterungen der psychischen Gesundheit. Obwohl die Mehrheit der Cannabiskonsumenden weder weitere illegale Drogen konsumiert noch eine *schizophrene Psychose* entwickelt hat, belegen die Studien eines Systematischen Reviews überzeugend jeweils eine Erhöhung des Risikos durch Cannabiskonsum (Petersen und Thomasius, 2007). Die Metaanalyse von Moore et al. (2007) weist für Cannabiskonsumenden eine um das etwa zweifache erhöhte Morbidität für depressive Störungen bzw. Suizidgedanken aus und eine ebenfalls um den Faktor 2 erhöhte Wahrscheinlichkeit für Psychosen. Das bedeutet, dass etwa 8% bis 14% aller Schizophrenie-Fälle weltweit auf Cannabismissbrauch zurückgeführt werden müssen (Murray et al., 2007).

In sozialwissenschaftlich fundierten Longitudinal-Studien stellt sich ein Zusammenhang zwischen anhaltendem Cannabismissbrauch und schulischen, beruflichen, finanziellen und familiären Problemen dar. Die Ausprägung *sozialer Folgen* ist mit der Schwere psychischer Komorbidität sowie dem Einstiegsalter und Ausmaß des Cannabiskonsums eng assoziiert (z.B. Gruber et al., 2003, Lynskey et al., 2003).

Im Rahmen der Recherchen nach den relevanten Publikationen aus dem spezifizierten Untersuchungszeitraum der eigenen Expertise (Petersen und Thomasius, 2007) wurden neun Studien zu sozialen Auswirkungen von Cannabisgebrauch gefunden. Vier Längsschnittstudien (Fergusson et al., 2003, Lynskey et al., 2003, Schuster et al., 2001, Yamada et al., 1996) stellen übereinstimmend eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen vorzeitigen Schulabbruch bei jungem Cannabiskonsum fest. Bei frühem, intensivem und regelmäßigem Cannabiskonsum steigt dieses Risiko und scheint regelmäßigem Alkoholkonsum vergleichbar. Yamada und Mitarbeiter (1996) errechneten für regelmäßig Cannabis konsumierende 17- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler das folgende proportionale Verhältnis: Wird der Cannabiskonsum um 10% gesteigert, sinkt die

Wahrscheinlichkeit des erfolgreichen Schulabschlusses in fast vergleichbarer Höhe (rund 7%). Fergusson und Mitarbeiter (2003) konnten zusätzlich demonstrieren, dass in Umkehrung des Zusammenhanges Schulabbrüche nicht zu signifikant erhöhtem Cannabiskonsum führen.

### **Fazit**

In der Stellungnahme der LSSH zu den Themen „Drug-Checking, Drogenkonsumraum und geringe Menge Cannabis“ vom 31.08.2012 wird in der Begründung für die ablehnende Haltung bezüglich einer eventuellen Erhöhung der „Eigenbedarfsgrenze“ vor allem auf die zunehmenden THC-Gehalte in Cannabisprodukten, die zunehmende Evidenz für Gesundheitsschäden durch Cannabisgebrauch sowie die Erfahrungen in der Prävention verwiesen, dass mit einer Erhöhung der Einstellungsgrenze in weiteren Teilen der Bevölkerung der „Eindruck von Legalität“ des Cannabisgebrauchs entstehen könnte. Mehrfach hätten die Fachleute der Suchthilfe und Suchtprävention in Schleswig-Holstein in einer aktuellen Befragung darauf hingewiesen, dass den Eltern und Jugendlichen der gesetzliche Status von Cannabis sowie die psychischen und physischen Folgen des Cannabisgebrauchs oft unbekannt seien.

Diesen Ausführungen ist im vollen Umfang zuzustimmen. Wie ausgeführt wurde, birgt insbesondere der regelmäßige Cannabiskonsum ernsthafte Gesundheitsgefahren. Die sozialschädlichen Auswirkungen von Cannabisgebrauch sind in erster Linie auf kognitive und motivationale Beeinträchtigungen durch Cannabisgebrauch zurückzuführen mit der Folge von Schul- und Ausbildungsabbruch, Arbeitslosigkeit und zunehmender sozialer Desintegration. Die Unfallgefährdung durch eingeschränkte Fahrtauglichkeit und Bedienungsfehler von Maschinen ist hoch.

Darüber hinaus zeigt die Präventionsforschung, dass verhältnispräventive Maßnahmen, denen auch restriktive Gesetze und Verordnungen zuzuordnen sind, eine hohe Wirksamkeit bei der Begrenzung des Substanzmissbrauchs besitzen (vgl. Übersicht bei Bühler, 2009). So verringert die Erhöhung der Preise für Tabak und Alkohol die Konsumraten auch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z.B. Babor et al., 2003). Umfassende schulische Regelungen zum Rauchen gehen mit weniger Zigarettenkonsum einher (z.B. Evans-Whipp et al., 2004), ebenso Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden (z.B. Forster et al., 2007). Die Heraufsetzung des Mindestalters für Alkoholkonsum und Bemühungen zur Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes resultieren ebenfalls in erwünschten präventiven Effekten (z.B. Spoth et al., 2008).

Demgegenüber wirkt sich eine wenig restriktive Haltung gegenüber Cannabisgebrauch vor allem bei Kindern und Jugendlichen ungünstig auf deren Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung aus. Die Begleitforschung zu den „coffee shops“ in den Niederlanden belegt, dass niederländische Jugendliche im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viel Cannabis konsumieren und früher in den Cannabiskonsum einsteigen als der europäische Durchschnitt (ESPAD-Daten 2007; Hibell et al., 2009). Ferner ging in den Niederlanden nach dem Jahr 1996, also jenem Jahr, in dem die Altersgrenze für den erlaubten Erwerb von Cannabisprodukten in „coffee shops“ von 16 auf 18 Jahre erhöht wurde, der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen merklich zurück, was für einen Effekt dieser restriktiveren Regelung spricht (Monshouwer et al., 2011).

**Zusammenfassend wird aus den genannten Gründen unter besonderer Berücksichtigung neuerer suchtpsychiatrischer Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Cannabisgebrauch und unter Würdigung der Entwicklungsperspektive von Kindern und Jugendlichen von einer Erhöhung der Einstellungsgrenze („geringe Menge“) über den Wert von 6 g hinaus abgeraten.**

### **3. Möglichkeiten und Effekte einer modellhaften Erprobung von so genannten „Drug-checking - Angeboten“ mit wissenschaftlicher Begleitung an einem Standort in Schleswig-Holstein**

#### **Hintergrund**

Die von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (Landesverband SH), Bündnis 90/Die Grünen (Landesverband SH) und dem Südschleswigschen Wählerverband (Landesverband) gestellte Landesregierung Schleswig-Holsteins spricht sich in ihrem Koalitionsvertrag vom 12.06.2012 für die Einführung von „Drug-Checking“ aus. In Abschnitt VI ("Soziales, Gesundheit & Gleichstellung") heißt es auf S. 49: "Wir wollen zielgruppenorientierte, sekundärpräventive Maßnahmen wie das 'Drug-checking' erproben..."

In einer aktuellen von der Landestelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) durchgeführten repräsentativen Umfrage unter den Fachleuten der Suchtarbeit in Schleswig-Holstein spricht sich eine geringe Mehrheit (54%) der insgesamt 66 Befragten für das Drug-checking als sinnvolle risikomindernde und gesundheitspräventive Maßnahme aus. Neben den substanziellen wahrgenommenen negativen Effekten dieser Maßnahme, die von 43% angegeben werden, weisen die Fachleute insbesondere auf die vorhandenen rechtlichen Barrieren zur Umsetzung hin. 18% der Befragten lehnen die Einführung in Schleswig-Holstein aus diesem Grunde ab. Zudem stellt sich für die Befragten die Frage nach den zusätzlichen Kosten: 91% lehnen Drug-checking ab, sollte es aus dem regulären Suchtthilfeeetat finanziert werden.

Auf Bundesebene war am 28. September 2011 ein Antrag von Bündnis 90/Die Grünen (17/2050) auf Rechtssicherheit für die Substanzanalyse von Drogen in Verbindung mit einem wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt, Gegenstand einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit unter Vorsitz von Dr. Carola Reimann (SPD) mit 24 Sachverständigen. Es liegen daher zahlreiche Gutachten zur Thematik vor, auf die im weiteren Text verwiesen wird.

In der vorliegenden Stellungnahme sollen die gesundheitsbezogenen und präventionsrelevanten Aspekte der politischen Debatte um den Nutzen von Drug-checking aus wissenschaftlicher Sicht so weit es geht geklärt werden. Die Einschätzung konzentriert sich dabei auf die Frage, ob aus den bislang existierenden empirischen Befunden zum Drug-checking hervorgeht, dass es sich dabei um eine sinnvolle weil risikomindernde und gesundheitspräventive Maßnahme handelt. Dabei spielen u.a. Fragen nach der praktischen Durchführbarkeit, der Aussagekraft der Ergebnisse von Drug-checking und der Erreichbarkeit potenzieller Zielgruppen eine Rolle. Es ist zudem zu erörtern, ob die Maßnahme aufgrund der Evidenz auch unter Kosten-Nutzen Aspekten eine höhere Priorität hat als andere Maßnahmen in der Drogenpolitik. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich nicht auf die mit der Maßnahme einhergehenden und bisher ungeklärten betäubungsmittelrechtlichen Fragen, die einer eigenen Analyse bedürfen.

#### *Zum Begriff des Drug-checking*

Drug-checking bezeichnet ein Angebot an Konsumenten illegaler Substanzen bzw. Konsumentenschlossene, die Toxizität der Zusammensetzung der meist synthetischen Drogen wie Amphetamine, Kokain, Ecstasy, GHB, LSD, etc. einer qualitativen und quantitativen Analyse zu unterziehen. Dabei wird insbesondere die Beimengung weiterer Stoffe sowie die Dosierung des Wirkstoffgehalts bzw. deren Schwankungen in stationären oder mobilen Labors getestet. Drug-checking Angebote integrieren neben der chemischen Substanzanalyse auch eine Beratungsleistung über die gesundheitsbezogenen und sozialen Risiken im Zusammenhang mit dem Gebrauch der Substanz (TEDI, 2011) und erfüllen so für die Fürsprecher dieses Ansatzes eine Einbindung in ein umfassenderes suchtpreventives Konzept (vgl. DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg, 2012).

### *Nutzen und Gefahren des Drug-checking*

Generell verfolgen Drug-checking Angebote im Rahmen eines Harm Reduction Ansatzes das Ziel, die Risiken von Konsumenten und potenziellen Konsumenten im Zusammenhang mit der Einnahme illegaler Substanzen zu verringern und schwerwiegende und unerwartete Gefahren, bspw. durch Verunreinigung und Überdosierung zu verhindern (Benschop et al., 2002). Weitere und über den individuellen gesundheitsbezogenen Nutzen der Konsumenten (also v.a. Risikosensibilisierung und Motivation zur Abstinenz) hinausgehende Ziele des Ansatzes liegen in der darin erhofften Funktion als Frühwarnsystem. Hier wird einerseits die Möglichkeit gesehen, illegale Substanzen, die ungeachtet ihrer Illegalität von substanzialen Teilen der Bevölkerung dennoch konsumiert werden, einer Art Qualitätskontrolle zu unterstellen (vgl. Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2011), als auch durch Drug-checking bisher unbekannte gefährliche Substanzen sowie Trends und Konsummuster zu identifizieren, die dann weitere drogenpolitische Maßnahmen einläuten (EMCDDA, 2001). Mit einer Durchführung vor Ort („Onsite Drug-checking“) wird zudem davon ausgegangen, Zielgruppen (v.a. die Risikogruppe der Partydrogenkonsumenten) zu erreichen, die durch Präventionsmaßnahmen bisher nicht erreicht werden konnten (Benschop et al., 2003).

Demgegenüber steht in der gesundheitspolitischen Diskussion eine Reihe von Gegenargumenten, die den Nutzen von Drug-checking in Zweifel ziehen und sogar die Gefahr der Verharmlosung sehen. Neben der rechtlichen Dimension - die aktuelle Fassung des Betäubungsmittelgesetzes (Körner, Patzak, Volkmer, 2012) steht dem Einsatz von Drug-checking entgegen – sowie der Frage, ob öffentliche Stellen Qualitätsstandards für nach geltendem Gesetz illegale Substanzen überhaupt einführen dürfen, sind die Gegenargumente v.a. in der Stellungnahme der Bundesärztekammer (2011; Ausschussdrucksache 17(14)0182(6)) im Detail aufgeführt und werden an dieser Stelle zusammengefasst: So könnte durch eine Substanzanalyse der Anschein risikoarmen bzw. ungefährlichen Konsums vermittelt werden und Konsumenten dadurch zum Konsum ermutigt werden. Durch die Testung an einer offiziell genehmigten Analysestation würde außerdem die scheinbare Unbedenklichkeit suggeriert. Zudem wird bezweifelt, dass eine einmalige Substanzanalyse präventiv für den zukünftigen Gebrauch von illegalen Substanzen wirkt. Weitere Kritik bezieht sich auf die eingeschränkte Erreichbarkeit, da die abhängigen Konsumenten ungeachtet eines zusätzlichen toxikologischen Risikos (die Einnahme illegaler Substanzen ist grundsätzlich mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko behaftet) konsumieren würden, bzw. erst gar nicht die Möglichkeit der Analyse in Anspruch nehmen würden. Außerdem werden durch Drug-Checking die Probleme des in der Zielgruppe vorherrschenden Mischkonsums (und dessen unabsehbare Folgen) sowie der lebensgefährlichen Überdosierungen nicht gelöst. Auch das von den Befürwortern des Drug-checking oft angeführte Problem der Verunreinigung bzw. unbekanntem Stoffwirkung (bspw. durch „Streifen“ der Substanz) sieht die Bundesärztekammer als nicht geklärt an, da entsprechende Daten, die den Anteil am Gefahrenpotenzial im Zusammenhang mit der Einnahme illegaler Substanzen zum Thema haben fehlen.<sup>6</sup> Schließlich bleiben die mit der Maßnahme verbundenen substanzialen Kosten bei zumindest fragwürdigem Nutzen für die Gegensprecher des Drug-checking von Bedeutung, wobei bedacht werden muss, dass die Genauigkeit und damit die Aussagekraft zwischen den zur Verfügung stehenden Analysemethoden erheblich variiert und die Kosten mit der Genauigkeit steigen (Benschop et al., 2003).

### **Praxiserfahrung und wissenschaftliche Evidenz**

Wie sind die oben aufgeführten Argumente aus wissenschaftlicher Sicht einzuschätzen? Neben einiger Erfahrung im europäischen Umland (v.a. Schweiz, Belgien, Niederland und

---

<sup>6</sup> Hierbei muss jedoch erwähnt werden, dass es sich zumindest bei den im Umlauf befindlichen Ecstasy Pillen vorwiegend aus gestreckten oder mit gänzlich anderen Wirkstoffen versetzten Tabletten handelt (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2012).

Spanien) steht eine nur sehr begrenzte Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen zur Verfügung, um sich dieser Frage anzunähern. Dabei handelt es sich um eine kaum belastbare Basis, was eine objektive Einschätzung erschwert. Durch eine Reihe von Schwierigkeiten (bspw. gibt es keine Wirksamkeitsstudien) ist eine Entscheidungsfindung nach „harten“ wissenschaftlichen Kriterien derzeit nicht möglich.

#### *Drug-checking als risikomindernde Maßnahme?*

Eindeutige Befunde, dass Drug-checking die Risiken von Konsumenten und potentiellen Konsumenten im Zusammenhang mit der Einnahme illegaler Substanzen verringert und schwerwiegende und unerwartete Gefahren, bspw. durch Verunreinigung und Überdosierung verhindert liegen nicht vor, obwohl das erhoffte Potenzial durchaus nachvollziehbar ist, da Drug-checking durch Beratung und Krisenintervention über eine reine chemische Substanzanalyse hinausgeht. Die Beratungssituation wird schließlich genutzt, um potenziell präventive Maßnahme anzubieten. Die Erfahrungen aus der Schweiz (Bücheli et al., 2010) zeigen, dass eine nicht geringe Zahl von Konsumenten illegaler Substanzen erreicht wird, die eine Beratung von mindestens 15 Minuten in Anspruch genommen haben (siehe unten *Zielgruppenerreichung*). In der Schweiz ist seit Einführung der Maßnahme über die letzten Jahre die Prävalenz v.a. bei den Partydrogen etwas zurückgegangen. Ob der Rückgang auf die Drug-checking Projekte zurückgeht kann jedoch nicht beurteilt werden, da die Testpersonen nicht über einen längeren Zeitraum untersucht wurden und der Rückgang auch andere Gründe haben kann, bzw. dem Rückgang in der Allgemeinbevölkerung entspricht<sup>7</sup> (BZgA, 2010). Insgesamt kann man feststellen, dass gesicherte Aussagen über den tatsächlichen Nutzen der Maßnahme trotz einiger laufender und abgeschlossener Projekte kaum möglich sind. Die EMCDDA (2001) beklagt in diesem Zusammenhang die mangelhafte „Evaluationskultur“ der bisherigen Projekte. So ist derzeit ungeklärt, ob Drug-checking Maßnahmen Personen mit Konsumabsicht überhaupt beeinflussen, und wenn ja, ob die Verhaltensänderung in erster Linie durch das chemische Analyseergebnis, die Beratungsgespräche oder die Kombination aus beidem herbeigeführt werden konnte. Zu der Frage, ob ungeachtet eines problematischen Testergebnisses (im Sinne von unerwarteten bzw. unbekanntem Inhaltsstoffen) die Substanz konsumiert wird, gibt es teilweise widersprüchliche Befunde.<sup>8</sup> Für die Frage nach einer Schadenssteigerung durch das Suggestieren von trügerischer Sicherheit liegen ebenfalls keinerlei belastbare Aussagen vor.

#### *Zielgruppenerreichung*

Vor allem die Erfahrungen aus der Schweiz (Bücheli et al., 2010; Hungerbühler et al., 2011) legen nahe, dass eine nicht geringe Anzahl von Konsumenten illegaler Substanzen erreicht werden kann. Die (insgesamt junge) Gruppe zeigte dabei sehr hohen Mischkonsum im Sinne einer Hochrisikogruppe. Die Befunde über die im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Prävalenzen für eine Reihe von illegalen Substanzen sprechen gegen die Einschätzung, dass die relevante Zielgruppe durch Drug-checking nicht erreicht wird. Die Autoren der Schweizer Studie sehen Drug-checking Maßnahmen als selektive Präventionsangebote für die ansonsten schwer zu erreichende Risikogruppe der Nachtclub- und Ravebesucher. Sie erreichten mit mobilen Labors zwischen 2001 und 2010 insgesamt 7622 Personen, machten insgesamt 2055 Substanzanalysen und sprachen dabei 517 Warnungen aus. Die Zahlen zeigen, dass ein substanzieller Anteil im Umlauf befindlicher Substanzen „verunreinigt“ war. Jedoch ist die mögliche Steigerung des ohnehin schon hohen gesundheitlichen Risikos im Zusammenhang mit der Einnahme unbekannt (siehe oben). Hier wären entsprechende Studien hilfreich, um den gesundheitspolitischen Nutzen abzuschätzen. Die Annahme der Autoren, dass die Gruppe durch andere Maßnahmen nicht erreicht würde kann anhand der Studie nicht überprüft werden.

<sup>7</sup> Der Konsum von Ecstasy ist im Jahr 2011 wieder etwas angestiegen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

<sup>8</sup> Bei Ecstasy-Konsumenten kann einer Studie zufolge das durch eine Analyse ermittelte erhöhte Risiko jedoch zu einem zurückhaltenderen Konsum zu führen (vgl. Benschop et al., 2003).

### Monitoring

Die Möglichkeit, durch Drug-checking Angebote zusätzliche relevante Informationen einerseits über die Gruppe der Konsumenten illegaler Drogen (v.a. Partydrogen) und andererseits über die sich im Umlauf befindlichen Substanzen sammeln zu können wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) in früheren Stellungnahmen positiv gewertet (Ausschussdrucksache 17(14) 0182(16)). Hier wäre aus wissenschaftlicher Sicht jedoch die Frage zu klären, ob die bisherigen Dokumentationssysteme ausreichen und bspw. durch polizeiliche Ermittlungen und Beschlagnahmungen die Situation über die sich im Umlauf befindlichen illegalen Drogen real abgebildet wird, oder ob durch Drug-checking tatsächlich ein Mehrwert geschaffen werden kann. Eine Studie aus den Niederlanden scheint dies jedenfalls nahe zu legen (Vogels et al., 2009). Da illegale Drogen vor nationalen Grenzen nicht halt machen, ist für das Verfolgen aktueller Trends eine europäische Institution notwendig. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCCDA) erfüllt diese Funktion. Diese Einrichtung initiiert und befürwortet auf europäischer Ebene im Sinne eines „Harm Reduction“ Ansatzes verschiedene niedrigschwellige Hilfsangebote für Drogenkonsumenten, unter der Bedingung der Evidenzbasierung, was derzeit gegen Drug-checking Angebote sprechen würde.<sup>9</sup>

### Kosten

Die Einschätzung über den Nutzen von Drug-checking schließt Kosten-Nutzen Erwägungen zwingend mit ein. Die Erfahrungen zeigen, dass mit derlei Angeboten erhebliche Kosten verbunden sind (im Rahmen der Partydrogenprävention der Stadt Zürich werden pro Veranstaltung für ein mobiles Labor Kosten von 3000 EUR (5000 CHF) veranschlagt). Neben der Debatte um angemessene Finanzierungsmöglichkeiten (z.B. öffentlich vs. Konsumenten-finanziert) stellt sich aus Versorgungsforschungsperspektive bei gesundheitspolitischen Maßnahmen grundsätzlich die Frage nach der Kosten-Effektivität auch im Vergleich mit anderen Maßnahmen. Bedenkt man, dass ein nachgewiesener Nutzen auch im Vergleich mit alternativen Maßnahmen eine notwendige Voraussetzung für die Förderung gesundheitspolitischer Maßnahmen sein sollte, ist fragwürdig, ob ein mögliches Drug-checking eine höhere Priorität erhalten sollte als andere Maßnahmen. Derlei vergleichende Studien existieren bislang nicht. In der Umfrage der LSSH positionierte sich die große Mehrheit der Fachleute in der Suchtprävention gegen eine Einführung von Drug-checking, falls es aus den regulären Mitteln finanziert werden sollte. Nach Auffassung des Verfassers ergibt sich aus gesundheitspolitischer Sicht weder Anlass bestehende Angebote, deren Nutzen erwiesen ist durch nicht evidenzbasierte Maßnahmen wie etwa Drug-checking zu ersetzen, noch besteht Anlass zusätzliche öffentliche Mittel nicht nach dem Kriterium der Evidenzbasierung bereitzustellen. Sollte der im Änderungsantrag der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, PIRATEN und der Abgeordneten der SSW (Drs. 18/157) geforderten modellhaften Erprobung von Drug-checking mit wissenschaftlicher Begleitung stattgegeben werden, sollten vergleichende Kosten-Nutzen Relationen mit anderen Maßnahmen nach Möglichkeit Teil der wissenschaftlichen Fragestellungen sein.

### Fazit

Neben der notwendigen Klärung der rechtlichen Dimension, die mit in die Diskussion aufgenommen werden muss, ist für die Abwägung der politischen Entscheidungsträger die Dringlichkeit der Maßnahme des Drug-checking aus wissenschaftlicher Sicht relevant. **Grundsätzlich gelangt die vorliegende Stellungnahme nach Sichtung der zur**

---

<sup>9</sup> Zu dem Thema Monitoring durch Drug-checking findet sich durch die Suchfunktion auf der Web Seite der EMCDDA keine aktuelle Stellungnahme. 2001 schätzte die Beobachtungsstelle den Nutzen für das Monitoring durch Drug-checking (hier „pill testing“) aber positiv ein: *„The fact that on-site pill testing is collecting data and qualitative insights about drug markets, demographic and psychological, medical and social issues concerning rave visitors and other consumers of illicit substances is an important prerequisite to setting up and improving information and prevention projects and to planning scientific studies on patterns of use and related dangers.“* (EMCCDA, 2001; S. 5).

**Verfügung stehenden Materialien zu der Einschätzung, dass es insgesamt an plausiblen und belastbaren Ergebnissen für eine Durchführung von Drug-checking mangelt.** Dies betrifft zuvorderst die Frage nach dem ungeklärten gesundheitspolitischen Nutzen der Maßnahme, obwohl es im europäischen Umland laufende Projekte gibt, die als Grundlage dienen könnten. Wenn es dem Antrag zufolge auch nur um die Erprobung und nicht um eine flächendeckende Einführung von Drug-checking Angeboten geht, ergibt sich **aus Sicht des Verfassers keine Dringlichkeit einer Erprobung in Deutschland allgemein und in Schleswig-Holstein im Speziellen.** Diese Dringlichkeit wäre nur gegeben, wenn die bisherigen und im Ausland gesammelten Erfahrungen den Einsatz der Maßnahme auch in Deutschland eindeutig nahelegen würden. Dies ist nach Auffassung des Verfassers ungeachtet der teilweisen Erreichbarkeit von dringend interventionsbedürftiger Klientel durch Drug-checking nicht der Fall. Angesichts der Sensitivität der chemischen Substanzanalyse in Bezug auf geltendes Recht, muss der Nutzen (insbesondere der Mehrwert gegenüber solchen präventiven Maßnahmen im Setting, die ohne Substanzanalyse auskommen) zweifelsfrei nachgewiesen werden und den anderer Maßnahmen nach Möglichkeit übersteigen. Zudem müsste geklärt sein, dass die präventive Wirkung auf anderem Wege nicht erreicht werden könnte.

Schließlich sollten auch die Ergebnisse der Umfrage der LSSH (2012) unter den Fachleuten der Suchtprävention in Schleswig-Holstein in der Diskussion berücksichtigt werden. Aus Sicht des Verfassers legen die Aussagen eine Dringlichkeit von Drug-checking Angeboten nicht nahe. Schließlich ist die große Mehrheit (91%) nur bereit derlei Angebote umzusetzen, wenn die regulären Mittel zu diesem Zweck aufgestockt werden. Dies spricht dafür, dass die Fachleute andere (bisherige) Maßnahmen im Vergleich als effektiver ansehen. Die Tatsache, dass größere Teile dem Vorhaben unter der Bedingung aufgestockter Mittel prinzipiell positiv gegenüberstehen, spricht nach Auffassung des Sachverständigen nicht dafür, dass die Fachleute eine Dringlichkeit der Maßnahme sehen.

#### **4. Prüfung der notwendigen rechtlichen Änderungen zur Ermöglichung der Einrichtung von Drogenkonsumräumen durch die Kommunen sowie die dafür gegebene Bedarfslage**

##### **Hintergrund**

In Drogenkonsumräumen wird die Ausstattung für einen Risiko minimierenden, vorrangig intravenösen Konsum von Heroin, Kokain und anderen illegalen Drogen bereitgestellt. Dies beinhaltet die Ausgabe von sterilem Spritzenbesteck, Einweghandschuhen, Pflastern, Tupfern usw. Der Besitz der mitgebrachten Substanzen zum Eigenverbrauch wird geduldet und durch § 10 a, Abs. 1 BtMG definiert. Mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen werden folgende gesundheitspolitischen Ziele verfolgt: Akuthilfe bei einer lebensgefährlichen Überdosierung, Reduzierung von Infektionskrankheiten in Folge unhygienischer Konsumbedingungen sowie Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote. Ferner sollen mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen infolge eines Rückgangs des Konsums harter illegaler Drogen in der Öffentlichkeit Verletzungsgefahren für die Anlieger durch weggeworfene Spritzenbestecke, aufgeschnittene Blechdosen etc. minimiert werden. Der erste Drogenkonsumraum in Deutschland wurde im Jahr 1994 in Hamburg eingerichtet.

Im Kommentar zum Betäubungsmittelgesetz wird der Nutzen von Drogenkonsumräumen wie folgt zusammengefasst: „Da in Deutschland der Drogenkonsum in Krisenzentren und Drogencafés nicht gestattet war, konsumierten die zumeist wohnsitzlosen therapieresistenten Fixer ihren Stoff häufig unweit vom Ort des Erwerbs im Unrat der Drogenszene, in Bahnhofs- oder Kneipentoiletten, in Abbruchhäusern, in Eisenbahnwagons, im Gebüsch von Parkanlagen oder auf Kinderspielplätzen. Stress, Verfolgungsängste, Hektik, Unvorsichtigkeit und unhygienische Bedingungen bestimmten den Injektionsablauf häufig. Das Wasser wurde oft aus dem Toilettenbecken oder einer Pfütze aufgezogen.“

Saubere Spritzen waren meistens nicht vorhanden. Da der Staat den Konsum von Betäubungsmitteln zwar nicht billigt, aber akzeptiert, stellte sich die Frage, ob er bei den Konsumenten, die jegliche Therapie verweigerten, nicht geeignete Vorsorgemaßnahmen treffen musste, dass diese möglichst risikoarm konsumieren können. Die Einrichtung von Gesundheitsräumen bot die Möglichkeit, die geschilderte Verelendung und Gesundheitsgefährdung für einen bestimmten Konsumentenkreis erheblich einzudämmen“. (Körner, Patzak, Volkmer, 2012, S. 144).

Eine Rechtsgrundlage für Drogenkonsumräume in einem Bundesland setzt zwei Schritte voraus: Zunächst muss der Landesgesetzgeber mit dem ersten Schritt entscheiden, ob er überhaupt Drogenkonsumräume in seinem Land zulassen will. In diesem Fall muss er nach § 10 a, Abs. 1, S. 2 und Abs. 3 BtMG eine Rechtsverordnung für die Erteilung von Erlaubnissen schaffen. Bei dieser Rechtsverordnung muss er sich an den in § 10 a, Abs. 2, S. 2 BtMG genannten zehn Mindeststandards für eine Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen orientieren.

### **Wissenschaftliche Evidenz**

In Deutschland liegen Erlaubnisverordnungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in sechs Bundesländern vor: Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland. In einer wissenschaftlichen Evaluation der Drogenkonsumräume in Berlin stellte sich die Zahl der Nutzer der Drogenkonsumräume als relativ gering heraus (etwa 15% der geschätzten Konsumenten harter Drogen). Mit dem Angebot gelang es nicht neue Konsumenten anzusprechen, die nicht ohnehin von anderen Angeboten der Drogenhilfe profitierten. Immerhin erklärte ein Drittel der Nutzer, für weitere Hilfen motiviert worden zu sein. Die Akzeptanz der Drogenkonsumräume im Wohnumfeld war relativ hoch, da die im Vorfeld befürchtete Ausweitung von Drogenszenen im Umfeld der Konsumräume vermieden wurde.

In einer Umfrage der LSSH unter Fachkräften der Suchtprävention und der Suchthilfe in Schleswig-Holstein gaben 58% positive Effekte durch einen Konsumraum an. 45% der Befragten wiesen auf negative Effekte, beispielsweise die Befürwortung des Konsums illegaler Drogen hin und 32% befürchteten kontraproduktive Effekte durch Signalwirkungen im Sinne einer Legitimation bzw. Normalität von Drogenkonsum.

In besagter Stellungnahme der LSSH wird auf die immensen Kosten der Bereitstellung von Drogenkonsumräumen hingewiesen (hoher Standard bezgl. des Fachpersonals, Vorhaltung und Sicherstellung von medizinischem Personal rund um die Uhr). 91,5% der befragten Fachleute stimmten gegen die Neueinrichtung von Konsumräumen in Schleswig-Holstein, wenn sie aus dem bisherigen Etat der Suchthilfe finanziert werden sollten.

Der Bedarf für die Neueinrichtung von Konsumräumen wurde von den Experten als gering eingeschätzt. Nur 27% der Befragten konstatierten einen Bedarf in Schleswig-Holstein, hauptsächlich in den Ballungszentren Kiel und Lübeck.

### **Fazit**

Die Stellungnahme der LSSH kommt zu folgendem Schluss (a.a.O., S. 4): „**In wie weit Drogenkonsumräume in Schleswig-Holstein erfolgreich sein werden, ist unter anderem also auch abhängig von der Bedarfslage. Wenn diese sich bestätigt, werden Drogenkonsumräume von der LSSH nach obigen Kriterien, bzw. entsprechend der Standards des BtMG § 10 a, befürwortet.“** Dieser Einschätzung ist vollumfänglich zuzustimmen.

## Literatur

- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et al. (2003). Alcohol: no ordinary commodity – A consumer's guide to public policy. Oxford: Oxford University Press.
- Benschop, A., Rabes, M & Korf, D.J. (2003). Pill testing – Ecstasy & Prävention. Eine wissenschaftliche Evaluationsstudie in drei Europäischen Städten. Amsterdam: Rosenberg Publishers.
- Budney, A.J., Novy, P.L. & Hughes, J.R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction*, 94, 1311-1321.
- Bücheli, A. (2010). [http://www.infodrog.ch/tl\\_files/templates/InfoDrog/old/clubhealth/2010/PL\\_4/PL4\\_Buecheli.Alexandre\\_Clubhealth.pdf](http://www.infodrog.ch/tl_files/templates/InfoDrog/old/clubhealth/2010/PL_4/PL4_Buecheli.Alexandre_Clubhealth.pdf). *Entnommen am 4.1.2013*.
- Bücheli, A., Quinteros-Hungerbühler, I. & Schaub, M. (2010). Evaluation of Party Drug prevention in the City of Zurich. *SuchtMagazin*, 5; 38-43.
- Bühler, A. (2009). Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2388-2391.
- Bundesärztekammer (2011). Stellungnahme in der Ausschussdrucksache17(14)0182(6). [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k\\_Drugchecking/stellungnahmen/index.html](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k_Drugchecking/stellungnahmen/index.html). *Entnommen am 14.12.2012*.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Chaperon, F. & Thiebot, M. (1999). Behavioral effects of cannabinoid agents in animals. *Critical Reviews in Neurobiology*, 13, 243-281.
- Crean, R. D., Crane, N. A., Mason, B. J. (2011). An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5, 1–8.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000). Weltgesundheitsorganisation WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4. Auflage, Bern: Huber.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), (2011). Stellungnahme in der Ausschussdrucksache17(14)0182(6). [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k\\_Drugchecking/stellungnahmen/index.html](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k_Drugchecking/stellungnahmen/index.html). *Entnommen am 14.12.2012*.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS), (2011). Stellungnahme in der Ausschussdrucksache17(14)0182(6). [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k\\_Drugchecking/stellungnahmen/index.html](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/k_Drugchecking/stellungnahmen/index.html). *Entnommen am 14.12.2012*.
- DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg (2012). [www.drugchecking.de](http://www.drugchecking.de). *Entnommen am 3.1.2013*.
- Deutsche Suchthilfestatistik (2011). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).
- Evans-Whipp, T., Beyers, J. M., Lloyd, S. et al. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promot Int*, 19 (2), 227-34.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Swain-Campbell, R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 33, 15-21.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, 1123-1135.
- Forster, J.L., Widome, R. & Bernat, D.H. (2007). Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *Am J Prev Med*, 33 (6 Suppl), 335–9.
- Grant, I., Gonzales, R., Carey, C.L., Natarajan, L. & Wolfson, T. (2003). Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 679–689.
- Gruber, A. J., Pope, H. G., Hudson, J. I., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Attributes of long-term heavy cannabis users: a case-control study. *Psychological Medicine*, 33, 1415-1422.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2009). The 2007 ESPAD report, substance use among students in 35 European countries. Stockholm: CAN.

- Hungerbühler, I., Bücheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogenous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8:16.
- Körner, H.H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2012). *Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz*. 7. Auflage. München: C.H. Beck.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003* (No. 146). München: IFT-Institut für Therapieforchung.
- Kriener, H., Billeth, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P. & Schmid, R. (2001). An inventory of on-site pill-testing interventions in the European Union. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisboa: Portugal.
- Landestelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) (2012). Stellungnahme der LSSH zu den Themen „Drug-Checking, Drogenkonsumraum und geringe Menge Cannabis“ im Koalitionsvertrag 2012 der Landesregierung Schleswig-Holstein. Landestelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.
- Lynskey, M. T., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Nelson, E. C., Statham, D. J. & Martin, N. G. (2003). Escalation of Drug Use in Early-Onset Cannabis Users vs Co-twin Controls. *Journal of the American Medical Association*, 289, 427-433.
- Meier MH, Caspi A, Ambler A et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *PNAS* 2012; doi: 10.1073 / pnas.1206820109
- Monshouwer K., Van Laar M. & Vollebergh, W.A. (2011). Buying cannabis in „coffee shops“. *Drug Alcohol Rev*, 30(2),148-56.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328.
- Murray, R. M., Morrison, P. D., Henquet, C., & Di Forti, M. (2007). Cannabis, the mind and society: The hash realities. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 885-895.
- Niethammer, O. (2004). Häufigkeiten von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14 – 17 Jahren an einer Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Vergleich mit der EDSP Studie). Dissertation FB Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94, 1663-1678.
- Petersen, K.U. & Thomasius, R. (2007). Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. *Drogensituation 2011/2012*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S. & Jakob, L. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: *Drogensituation 2010/2011*. München: DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S. & Karachaliou, K. (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: *Drogensituation 2009/2010*. München: DBDD.
- Ramaekers, J. G., Kauert, G., Theunissen, E. L., Toennes, S. W. & Moeller, M.R. (2009). Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *Journal of Psychopharmacology*, 23, 266-277.
- Rodriguez de Fonseca, F., Carrera, M. R., Navarro, M., Koob, G. F. & Weiss, F. (1997). Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 276, 2050-2054.
- Schuster, C., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Johnston, L. D. & Schulenberg, J. (2001). Adolescent marijuana use and adult occupational attainment: a longitudinal study from age 18 to 28. *Substance Use & Misuse*; 36(8), 997-1014.
- Shrivastava, A., Johnston, M. & Tsuang, M. (2011). Cannabis use and cognitive dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry*, 53, 187–191.
- Smith, N.T. (2002). A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction*, 97, 621-632.

- Solowij, N. & Battisti, R. (2008). The Chronic Effects of Cannabis on Memory in Humans: A Review. *Current Drug Abuse Reviews*, 1, 81-98.
- Spoth, R., Greenberg, M., & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121(Supplement 4), 311-336.
- Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse or dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49-64.
- Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2002). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults - a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(2), 147-159.
- Sydow, K. von, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependency*, 64, 347– 361.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. (Hrsg.)(2009). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Trans European Drug Information (TEDI) (2011). Factsheet on Drug Checking in Europe. [www.tediproject.org](http://www.tediproject.org) *Entnommen am 3.1.2013*.
- Vandrey, R. G., Budney, A. J., Moore, B. A., & Hughes, J. R. (2005). A cross-study comparison of cannabis and tobacco withdrawal. *The American Journal on Addictions*, 14, 54-63.
- Vogels, N., Brunt, T.M., Rigter, S., Van Dijk, P., vervaeye, H. & Niesink, R.J.M. (2009). Content of ecstasy in the Netherlands: 1993-2008. *Addiction*, 104, 2057-2066.
- Yamada, T., Kendix, M. & Yamada, T. (1996). The Impact of Alcohol Consumption and Marijuana Use on High School Graduation. *Health Economics*, 5, 77-92.